

Determinação Médica para Uso de Respirador

O funcionário deve usar este formulário para mostrar ao médico que o examina as informações sobre o tipo de respirador a ser usado e a natureza dos riscos respiratórios. O médico fornecerá sua opinião neste formulário a respeito da capacidade do funcionário de realizar uma tarefa enquanto usa a proteção respiratória. O empregado deve arquivar este formulário preenchido.

Dados do funcionário

Nome do funcionário		Telefone comercial	
Cargo	Nome do supervisor		
Endereço comercial	Cidade	Estado ou província	CEP

Uso prévio do respirador

Você já usou um respirador? Sim Não

Se já usou, descreva o tipo de respirador, sua condição e quaisquer dificuldades que teve para usá-lo.

Informações sobre o respirador

Tipo de respirador <input type="checkbox"/> Gás ou vapor <input type="checkbox"/> Máscara p/ poeira ou névoa <input type="checkbox"/> Cartucho filtrante <input type="checkbox"/> Com suprimento de ar <input type="checkbox"/> Dispositivo autônomo para respiração <input type="checkbox"/> Outro		Peso do respirador
Frequência de uso do respirador <input type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> Apenas ocasiões especiais <input type="checkbox"/> Ocasionalmente	Duração do uso	Nível do trabalho usando o respirador <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Pesado
Liste os potenciais riscos de segurança		

Roupas e equipamento de proteção adicionais a serem usados

Possíveis extremos de temperatura e umidade

Assinatura do funcionário

Assinatura	Data
------------	------

Resultados do exame médicos (apenas para uso do médico)

Aprovação para uso do respirador

Sim Não

Comentários

Assinatura do médico

Assinatura	Data
------------	------